

*Badawcze Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Czynnościowych  
Układu Ruchowego Narządu Żucia*

***BKD/ZCURNŹ***

**TŁUMACZENIE POLSKIE**

***Przetłumaczone przez***

Magdalena Osiewicz, DDS, AMSc  
Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA)

***Przy współpracy z***

Frank Lobbezoo, DDS, PhD  
Bartłomiej W. Loster, DDS, PhD, DMSc  
Agnieszka Kłakówna, PhD, DMSc  
Joanna Gruchała, MA

***Tłumaczenie zwrotne***

Ms Margaret Wilkosz  
University at Buffalo

***Recenzent***

Richard Ohrbach, DDS, PhD  
University at Buffalo

***Przetłumaczone z***

***Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular  
Disorders***

*Opracowane przez: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD oraz Linda  
LeResche, ScD (zobacz "Language Translation" na stronie:  
[RDC-TMDinternational.org](http://RDC-TMDinternational.org))*

***Zaakceptowane*** 10 grudnia 2008 roku

*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders*

***RDC/TMD***

**POLISH TRANSLATION**

***Translated by***

Magdalena Osiewicz, DDS, AMSc  
Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA)

***Collaborators***

Frank Lobbezoo, DDS, PhD  
Bartłomiej W. Loster, DDS, PhD, DMSc  
Agnieszka Kłakówna, PhD, DMSc  
Joanna Gruchała, MA

***Back-translation***

Ms Margaret Wilkosz  
University at Buffalo

***Reviewer***

Richard Ohrbach, DDS, PhD  
University at Buffalo

Translated from

*Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorder*

*Edited by: Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche,  
ScD (see Language Translation at website: RDC-  
TMDinternational.org)*

***Accepted*** December 10, 2008

**Contents of this document:**

1. Patient History Questionnaire	✓
2. RDC-TMD Clinical Examination Form	✓
3. Clinical Examination Specifications	✓
4. Verbal Instructions for Examiner	✓
5. Axis I Diagnostic Criteria	✓
6. Axis II: Disability & Psychological Status	
-Scoring Graded Chronic Pain	✓
-Scoring the Distress Scale Items	✓
-Addendum: Age-Sex Adjusted Norms for Distress Scale Items	
7. Summary of Patient Results	✓

# BADAWCZE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ZABURZEŃ CZYNNOŚCIOWYCH UKŁADU RUCHOWEGO NARZĄDU ŻUCIA

---

OŚ I: BADANIE KLINICZNE  
FORMULARZ I WYSZCZEGÓLNIENIE  
INSTRUKCJE POMIARU I OSZACOWANIA  
OŚ II: KWESTIONARIUSZ BEHAWIORALNY  
INSTRUKCJE POMIARU I OSZACOWANIA

---

# SPIS TREŚCI

---

## STRONA

### Część 1

#### **Administrowanie BKD**

<b>A. Kwestionariusz.....</b>	<b>1-6</b>
1.) <b>Ocena bólu chronicznego:</b> <b>Pytania 7-13</b>	
2.) <b>Lista dysfunkcji narządu żucia:</b> <b>Pytania 19a-19l</b>	
3.) <b>Depresja i niespecyficzne objawy fizyczne:</b> <b>Pytania 20a-20ff</b>	
4.) <b>Profil demograficzny:</b> <b>Pytania 23-31</b>	
<b>B. Formularz badania klinicznego.....</b>	<b>7-8</b>

### Część 2

<b>A. Instrukcje badania klinicznego.....</b>	<b>10-25</b>
<b>B. Werbalne dyrektywy dla pacjenta.....</b>	<b>26-28</b>

### Część 3

#### **Pomiar BKD**

<b>A. Oś II .....</b>	<b>30-31</b>
1.) <b>Stopniowanie bólu chronicznego</b>	
2.) <b>Pomiar skal Oś II</b>	
<b>B. Oś I Algorytm diagnostyczny.....</b>	<b>32-36</b>

# Część 1

## Administrowanie BKD

# BADAWCZE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ZCURNŹ KWESTIONARIUSZ OSOBOWY



Numer pacjenta \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Proszę przeczytać wszystkie pytania i udzielić na nie odpowiedzi.

Na każde pytanie można zakreślić tylko jedną odpowiedź, zaznaczając wybór kółkiem.

- 1 Czy określiłby(aby) Pan/Pani swoje zdrowie ogólnie jako doskonałe, bardzo dobre, dobre, dostateczne czy słabe?
- |              |   |
|--------------|---|
| DOSKONAŁE    | 1 |
| BARDZO DOBRE | 2 |
| DOBRE        | 3 |
| DOSTATECZNE  | 4 |
| SŁABE        | 5 |

- 2 Czy określiłby(aby) Pan/Pani swoje zdrowie jamy ustnej ogólnie jako doskonałe, bardzo dobre, dobre, dostateczne czy słabe?
- |              |   |
|--------------|---|
| DOSKONAŁE    | 1 |
| BARDZO DOBRE | 2 |
| DOBRE        | 3 |
| DOSTATECZNE  | 4 |
| SŁABE        | 5 |

- 3 Czy kiedykolwiek w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał(a) Pan/Pani ból w obrębie twarzy, narządu żucia, szyi, skroni, przed uchem lub w uchu?
- |     |   |
|-----|---|
| NIE | 0 |
| TAK | 1 |

**[Jeśli nie wystąpił u Pana / Pani ból w ciągu ostatniego miesiąca, proszę przejść do pytania 14].**

**Jeśli "tak",**

- 4a Ile lat temu po raz pierwszy doświadczył(a) Pan/Pani bólu twarzy?  Lat (a) temu

**[Jeśli rok temu lub więcej, proszę przejść do pytania 5]**

**[Jeśli mniej niż rok, proszę wpisać kod 00]**

- 4b Ile miesięcy temu po raz pierwszy poczuł(a) Pan/Pani ból twarzy?  Miesięcy temu

- 5 Czy ból twarzy, jaki Pan/Pani odczuwa, jest stały, nawracający czy to był to tylko jednorazowy problem?
- |             |   |
|-------------|---|
| STAŁY       | 1 |
| NAWRACAJĄCY | 2 |
| JEDNORAZOWY | 3 |

- 6 Czy kiedykolwiek był(a) Pan/Pani u lekarza, lekarza dentystry, kręgarza lub innego medycznego profesjonalisty z powodu bólu w obrębie twarzy?
- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| NIE                                 | 1 |
| TAK, W OSTATNICH SZEŚCIU MIESIĄCACH | 2 |
| TAK, WIĘCEJ NIŻ SZEŚĆ MIESIĘCY TEMU | 3 |

- 7 Jakby Pan/Pani ocenił(a) odczuwany ból twarzy w skali od 0 do 10, gdzie 0 to „brak bólu”, a 10 „ból nie do wytrzymania”?



- 8 Jak intensywny był w ciągu ostatnich sześciu miesięcy najgorszy odczuwany przez Pana/Panią ból, gdyby oceniać w skali od 0 do 10, gdzie 0 to „brak bólu,” a 10 „ból nie do wytrzymania”?



- 9 Jak intensywny był w ciągu ostatnich sześciu miesięcy (średnio) odczuwany przez Pana/Panią ból, gdyby oceniać w skali od 0 do 10, gdzie 0 to „brak bólu”, a 10 „ból nie do wytrzymania”? [„Średnio” to znaczy: zwyczajny ból w czasie, kiedy Pan/ Pani doświadcza bólu].



- 10 Około ilu dni w ciągu ostatnich sześciu miesięcy nie mógł(a) Pan/Pani wykonywać swoich zwykłych czynności ( praca, szkoła lub prace domowe) z powodu bólu twarzy?

Dni

- 11 Jak bardzo w ciągu ostatnich sześciu miesięcy ból twarzy wpływał na Pana/Pani codzienne czynności, gdyby oceniać w skali od 0 do 10, gdzie 0 to „brak wpływu”, a 10 to „niezdolny do wykonywania żadnych czynności”?



- 12 Jak bardzo w ciągu ostatnich sześciu miesięcy ból twarzy wpływał na Pana/Pani zdolność do brania udziału w aktywności rekreacyjnej, życiu towarzyskim i rodzinnym, gdzie 0 to „brak wpływu”, a 10 to „niezdolny do wykonywania żadnych czynności”?



- 13 Jak bardzo w ciągu ostatnich sześciu miesięcy ból twarzy wpływał na Pana/Pani zdolność do pracy (włączając pracę domową), gdzie 0 to „brak wpływu”, a 10 to „niezdolny do wykonywania żadnych czynności”?



- 14a Czy kiedykolwiek miał(a) Pan/Pani szczękocisk lub blokadę, tak że nie mógł(mogła) Pan/Pani maksymalnie otworzyć jamy ustnej?

NIE 0  
TAK 1

**[Jeśli nie dotyczy Pana / Pani problem z maksymalnym otwieraniem ust, proszę przejść do pytania 15].  
Jeśli „tak”:**

- 14b Czy ograniczenie w otwieraniu jamy ustnej było dotkliwie na tyle, żeby wpływać na Pana/Pani możliwość jedzenia?

NIE 0  
TAK 1



15a Czy Pana/Pani żuchwa wydaje odgłos kliknięcia lub trzasku podczas żucia, otwierania lub zamykania ust? NIE 0  
TAK 1

15b Czy Pana/Pani żuchwa wydaje odgłos tarcia lub zgrzytu podczas żucia, otwierania lub zamykania ust? NIE 0  
TAK 1

15c Czy kiedykolwiek powiedziano Panu/Pani lub zauważył(a) Pan/Pani, że zgrzyta Pan/Pani zębami lub zaciska szczęki podczas snu w nocy? NIE 0  
TAK 1

15d Czy w ciągu dnia zgrzyta Pan/Pani zębami lub zaciska szczęki? NIE 0  
TAK 1

15e Czy po obudzeniu się rano bolą Pana/Panią szczęki lub są zdrętwiałe? NIE 0  
TAK 1

15f Czy słyszy Pan/Pani szmery lub dzwonięcie w uszach? NIE 0  
TAK 1

15g Czy czuje Pan/Pani, że Pana/Pani zgryz jest niekomfortowy lub inny niż zazwyczaj? NIE 0  
TAK 1

16a Czy ma Pan/Pani reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty albo inne systemowe choroby stawów? NIE 0  
TAK 1

16b Czy wie Pan/Pani o kimkolwiek z rodziny, kto choruje (chorował) na którąś z tych chorób? NIE 0  
TAK 1

16c Czy miał(a) lub ma Pan/Pani obrzęk lub ból stawów innych niż stawy blisko uszu ( staw skroniowo-żuchwowy)? NIE 0  
TAK 1

**[Jeśli nie ma Pan / Pani obrzęku i nie bolą Pan / Pani stawy, proszę przejść do pytania 17.a.]**

**Jeśli „tak”:**

16d Czy jest to stały ból, który czuje Pan/Pani co najmniej od roku? NIE 0  
TAK 1

17a Czy doznał(a) Pan/Pani niedawno urazu twarzy? NIE 0  
TAK 1

**[Jeśli problem niedawnych urazów Pana / Pani nie dotyczy, proszę przejść do pytania 18].**

17b Czy bolała Pana /Panią szczęka przed urazem?

NIE 0  
TAK 1

18 Czy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy odczuwał(a) Pan/Pani bóle głowy lub cierpiał(a) na migreny?

NIE 0  
TAK 1

19 W jakich czynnościach przeszkadza Panu/Pani obecny problem z narządem żucia lub wykonywanie jakich czynności ogranicza?

a. Żucie NIE 0  
TAK 1

b. Picie NIE 0  
TAK 1

c. Ćwiczenie NIE 0  
TAK 1

d. Jedzenie twardych pokarmów NIE 0  
TAK 1

e. Jedzenie miękkich pokarmów NIE 0  
TAK 1

f. Uśmiechanie/ śmianie się NIE 0  
TAK 1

g. Czynności seksualne NIE 0  
TAK 1

h. Mycie zębów lub twarzy NIE 0  
TAK 1

i. Ziewanie NIE 0  
TAK 1

j. Przełykanie NIE 0  
TAK 1

k. Mówienie NIE 0  
TAK 1

l. Zachowanie Pana/ Pani zwykłego wyrazu twarzy NIE 0  
TAK 1

20 Jak często w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał(a) Pan/Pani:

- a. Ból głowy
- b. Utrata zainteresowania lub przyjemności z seksu
- c. Omdlenia lub zawroty głowy
- d. Bóle serca lub klatki piersiowej
- e. Uczucie spadku energii lub spowolnienie
- f. Myśli o śmierci lub umieraniu
- g. Słaby apetyt
- h. Płaczliwość
- i. Obwinianie siebie o różne rzeczy
- j. Bóle w dolnej części pleców
- k. Poczucie osamotnienia
- l. Poczucie smutku
- m. Zbytne zamartwianie się różnymi rzeczami
- n. Zobojętnienie na wszystko
- o. Nudności lub bóle żołądka
- p. Ból mięśni

W ogóle	Trochę	Umiar- kowanie	Dość mocno	Wyjątkowo mocno
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4
0	1	2	3	4

20 Jak często dolegały Panu /Pani w ciągu ostatniego miesiąca:

- q. Problemy z zasypianiem
- r. Problemy ze złapaniem oddechu
- s. Napady gorąca lub zimna
- t. Drętwienie lub mrowienie w częściach ciała
- u. Ucisk w gardle
- v. Poczucie beznadziejności związane z przyszłością
- w. Uczucie częściowego osłabienia ciała
- x. Uczucie ciężkości w rękach lub nogach
- y. Myśli samobójcze
- z. Przejadanie się
- aa. Budzenie się wczesnie rano
- bb. Sen, który nie daje odpoczynku lub jest niespokojny
- cc. Poczucie, że wszystko jest wysiłkiem
- dd. Poczucie bycia bezwartościowym
- ee. Poczucie osaczenia lub pułapki
- ff. Poczucie winy

	W ogóle	Trochę	Umiar- kowanie	Dość mocno	Wyjątkowo mocno
q.	0	1	2	3	4
r.	0	1	2	3	4
s.	0	1	2	3	4
t.	0	1	2	3	4
u.	0	1	2	3	4
v.	0	1	2	3	4
w.	0	1	2	3	4
x.	0	1	2	3	4
y.	0	1	2	3	4
z.	0	1	2	3	4
aa.	0	1	2	3	4
bb.	0	1	2	3	4
cc.	0	1	2	3	4
dd.	0	1	2	3	4
ee.	0	1	2	3	4
ff.	0	1	2	3	4

21 W jaki sposób dba Pan /Pani o zdrowie ogólne?

- DOSKONALE 1
- BARDZO DOBRZE 2
- DOBRZE 3
- DOSTATECZNIE 4
- SŁABO 5

22 W jaki sposób dba Pan /Pani o zdrowie jamy ustnej?

- DOSKONALE 1
- BARDZO DOBRZE 2
- DOBRZE 3
- DOSTATECZNIE 4
- SŁABO 5

23 Kiedy się Pan /Pani urodził(a)?

- Miesiąc  Dzień  Rok

24 Proszę zakreślić właściwe dla siebie określenie płci.

- 1 Mężczyzna  2 Kobieta

25 Jaką narodowość Pan /Pani reprezentuje?

- polska 1
- niemiecka 2
- białoruska 3
- ukraińska 4
- inna niż poprzednio wymienione narodowości spośród: europejskich 5
- (Ameryka Północna) amerykańskich 6
- (Ameryka Łacińska) amerykańskich 7
- afrykańskich 8
- azjatyckich 9
- oceanicznych 10

26	Gdzie się Pan/Pani urodził(a)?	Polska	1
		Niemcy	2
		Białoruś	3
		Ukraina	4
		(inny kraj niż poprzednio wymienione) Europa	5
		Ameryka Północna	6
		Ameryka Łacińska	7
		Afryka	8
		Azja	9
		Oceania	10

27	Jakie Pan/Pani ma wykształcenie?	Nigdy nie uczęszczałem/am do przedszkola	00
		Podstawowe	0,1, 2, 3, 4, 5, 6
		Gimnazjalne	7, 8, 9
		Ponadgimnazjalne zawodowe	10,11,12
		Ponadgimnazjalne (ogólne) licealne	10,11,12
		Policealne	13,14
		Wyższe	13,14,15,16,17,18+

28a	Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni pracował(a) Pan/Pani gdzieś, poza wykonywaniem zajęć domowych (włączając w to nieodpłatną pracę w rodzinnym gospodarstwie rolnym/firmie)?	NIE	0
		TAK	1

**[Jeśli tak, proszę przejść do pytania 29].**  
**Jeśli „nie”,**

28b	Chociaż nie pracował(a) Pan/Pani w ciągu ostatnich 2 tygodni, czy miał(a) Pan/Pani pracę lub firmę?	NIE	0
		TAK	1

**[Jeśli tak, proszę przejść do pytania 29].**  
**Jeśli „nie”,**

28c	Czy szukał(a) Pan/Pani pracy lub był(a) Pan/Pani zwolniona w ciągu tych 2 tygodni?	Tak, szukanie pracy	1
		Tak, zwolnienie	2
		Tak, zarówno zwolnienie jak i szukanie pracy	3
		Nie	4

29	Jaki jest Pana/Pani stan cywilny?	Żonaty/ Zameężna	1
		Wdowiec/ wdowa	2
		Rozwiedziony/ rozwiedziona	3
		W separacji	4
		Kawaler/ panna	5

30	Która z niżej wymienionych pozycji najlepiej określa Pana/Pani całkowity, rodzinny dochód brutto w przebiegu ostatnich 12 miesięcy (w PLN)?	0 -- 30,999 zł	31,000 -- 40,999 zł
		51,000 -- 60,999 zł	41,000 -- 50,999 zł
		61,000 zł lub więcej	

31	Proszę podać swój kod pocztowy.	-
----	---------------------------------	---

# BKD- ZCURNŹ Formularz Badania Klinicznego

Imię i nazwisko:

Data:

Lekarz:

I. Wywiad											
Obecność bólu twarzy		0 ŻADEN			1 PRAWA		2 LEWA			3 OBIE	
Lokalizacja okolicy bólu		Prawa	Żaden	Mięsień	Staw	Oba	Lewa	Żaden	Mięsień	Staw	Oba
			0	1	2	3		0	1	2	3
II. Ruch odwodzenia										(5) Proszę sprecyzować:	
Prosty		0		Odchylenie w lewo nieskorygowane				3			
Odchylenie w prawo nieskorygowane		1		Odchylenie w lewo skorygowane „S”				4			
Odchylenie w prawo skorygowane „S”		2		Inny				5			
III. Pionowy zasięg ruchu			Ból po prawej stronie				Ból po lewej stronie				
Użyty siekacz: 11 21			mm	Żaden	Mięsień	Staw	Oba	Żaden	Mięsień	Staw	Oba
Otwarcie bez bólu											
Max czynne otwarcie				0	1	2	3	0	1	2	3
Max bierne otwarcie				0	1	2	3	0	1	2	3
IV. Odległość międzysieczna		mm									
Pionowa											
Pozioma											
Linia środkowa			Linia środkowa żuchwy jest: <b>R</b> <b>L</b> w stosunku do szczęki								
V. Poziome ruchy żuchwy			Ból po prawej stronie				Ból po lewej stronie				
			mm	Żaden	Mięsień	Staw	Oba	Żaden	Mięsień	Staw	Oba
Boczny prawy				0	1	2	3	0	1	2	3
Boczny lewy				0	1	2	3	0	1	2	3
Doprzodni				0	1	2	3	0	1	2	3
VI. Dźwięki w stawie: odwodzenie		Dźwięki				Położenie trzasku	Eliminacja trzasku				
2 z 3 prób, przez palpację w trakcie odwodzenia)		Żaden	Wyraźne Trzask	Delikatne krepitacje	mm		Nie	Tak	N/D		
Lewa: otwarcie		0	1	1	1	0	1	2			
Lewa: zamknięcie		0	1	1	1	0	1	2			
Prawa: otwarcie		0	1	1	1	0	1	2			
Prawa: zamknięcie		0	1	1	1	0	1	2			
Dźwięki: ruchy poziome		Prawa strona				Lewa strona					
( ≥2 x 3 prób, W trakcie ruchu)		Żaden	Trzask	Wyraźne krepitacje	Delikatne krepitacje	Żaden	Trzask	Wyraźne krepitacje	Delikatne krepitacje		
Boczny prawy		0	1	1	1	0	1	1	1		
Boczny lewy		0	1	1	1	0	1	1	1		
Doprzodni		0	1	1	1	0	1	1	1		

VII. Mięśnie & staw ból przy palpacji												
		PRAWA				LEWA						
		BKD Protokół				BKD Protokół						
		żaden łag. umiar. silny				żaden łag. umiar. silny						
<b>Miejsca bez bólu</b>												
	Wyr. sutkowaty (boczna górna część)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Frontal (w linii źrenicy, poniżej włosów)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Vertex (1 cm bocznie od szczytu czaszki)	0	1	2	3	0	1	2	3			
<b>Mięśnie zewnątrzustne &amp; mięśnie szyi</b>												
	Część tylna mięśnia skroniowego (tył skroni)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Część środkowa mięśnia skroniowego (środek skroni)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Część przednia mięśnia skroniowego (przód skroni)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Część górna mięśnia żwacza (policzek, poniżej kości jarzmowej)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Część środkowa mięśnia żwacza (policzek, bok twarzy)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Część dolna mięśnia żwacza (policzek, krawędź żuchwy)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Tylna okolica żuchwy <i>(mięsień rylcowo-gnykowy/brzusiec tylny mięśnia dwubrzuścowego)</i> (żuchwa, okolica gardła)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Okolica podżuchwowa <i>(mięsień skrzydłowy przyśrodkowy, mięsień nadgnykowy, brzusiec przedni mięśnia dwubrzuścowego)</i> (pod brodą)	0	1	2	3	0	1	2	3			
<b>Ból w obrębie stawu</b>												
	Okolica boczna	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Tylny przyczep(wewnątrz ucha)	0	1	2	3	0	1	2	3			
<b>Mięśnie wewnątrzustne</b>												
	Okolica m. skrzydłowego bocznego (za górnymi trzonowcami)	0	1	2	3	0	1	2	3			
	Ściągno m. skroniowego (ściągno)	0	1	2	3	0	1	2	3			

## Część 2

Instrukcje badania klinicznego

Werbalne dyrektywy dla pacjenta

---

# **BADAWCZE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ZABURZEŃ CZYNNOŚCIOWYCH UKŁADU RUCHOWEGO NARZĄDU ŻUCIA**

## **Rozszerzony opis wyjaśniający badanie ZCURNŻ Przygotowany dla międzynarodowego konsorcjum RDC\TMD 7/10/05**

W dokument ten jest przeglądem wyjaśniającym opublikowane opisy BKD/ZCURNŻ. S.F Dworkin i L.LeResche. Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Review, Criteria, Examination and Specification, Critique. Journal of Craniomandibular Disorders, Facial& Oral Pain 6:301-355, 1992.). Oparty jest na pytaniach i problemach wynikających z nauczania tych wytycznych i przeprowadzania badań wiarygodności na całym świecie z wykorzystaniem pierwotnych wytycznych . Ten przegląd został stworzony z pomocą wielu osób z bogatym doświadczeniem w wykonywaniu protokołu egzaminacyjnego BKD/ZCURNŻ z jednoczesnym zachowaniem pierwotnego zamysłu specyfikacji. Jeśli macie państwo jakiegokolwiek pytania lub komentarze dotyczące tego dokumentu, proszę je kierować do dr. Richard Ohrbach , University of Buffalo([hrbach@buffalo.edu](mailto:hrbach@buffalo.edu))

### **I. OGÓLNE WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE BADANIA**

1. Wszystkie pytania w kwestionariuszu i pozycje w formularzu egzaminacyjnym muszą być wypełnione, chyba że pacjent odmówi lub jest niezdolny do współpracy. Przy niektórych punktach (np. palpacja mięśni), znajduje się konkretne miejsce dla zaznaczenia odmowy pacjenta. W przeciwnym razie proszę użyć : „nie można określić” [ jeśli jest takie pole] albo proszę napisać „PO”( pacjent odmówił) dużymi drukowanymi literami przy danej pozycji. Proszę również zapisać, dlaczego pacjent odmówił albo dlaczego nie można uzupełnić pozycji w formularzu.
2. Wszystkie badania mięśni powinny być przeprowadzone w pasywnym stanie mięśni, chyba że w pytaniu formularza napisane jest inaczej. W trakcie badania stawy i mięśnie nie powinny być dodatkowo obciążone.
3. Wszystkie zapisy w milimetrach powinny być określone jako pojedyncze lub podwójne cyfry. Przed pojedynczą liczbą proszę wpisać „0”(np. 1 proszę wpisać jako 01). Jeśli pomiar jest pomiędzy całkowitymi milimetrami, proszę zaokrąglić w dół.



4. Pacjenci powinni być badani na fotelu dentystycznym ułożonym w pozycji pionowej (np. 90 stopni w stosunku do podłogi).
5. Osoba przeprowadzająca badanie powinna mieć zawsze ubrane rękawiczki.
6. Pacjenci posiadający ruchome protezy powinni być badani z założonymi protezami z wyjątkiem sytuacji, w których niezbędne jest ich wyciągnięcie dla oceny błony śluzowej i dziąseł oraz w trakcie badania palpacyjnego mięśni wewnątrzustnych. Szyny i inne aparaty, które nie uzupełniają braków zębowych, powinny być wyjęte w trakcie badania.
7. Proszę zaznaczyć, jeśli pacjent nosi brodę, kołnierz ortopedyczny lub jakąkolwiek inną potencjalną przeszkodę, która może utrudniać palpację stawów skroniowo-żuchwowych lub mięśni.
8. Badanie powinno być przeprowadzone według kolejności formularza, a wszystkie pomiary zaznaczone w odpowiednich miejscach formularza.
9. Punkt IV - relacja pionowa międzysieczna oraz II - odchylenie linii środkowej, są uwzględnione w formularzu, więc korekty pomiarów odpowiednio w pozycji III i V mogą być zrobione post hoc w celu ustalenia rzeczywistych zasięgów ruchów żuchwy. Dla pozycji III należy dodać wielkość pionowej odległości międzysiecznej, aby otrzymać końcowy wynik. W punkcie V, jeśli dewiacja linii środkowej jest większa niż 0, to ta wielkość powinna być dodana do jednego z ruchów bocznych, a od drugiego odjęta.  
*Na przykład:* jeśli pacjent ma 2 mm odchylenia linii środkowej w prawo, należy odjąć 2 milimetry od wartości podanej dla prawego bocznego ruchu żuchwy i dodać 2 milimetry do wartości podanej dla lewego bocznego ruchu żuchwy.
10. Jeśli pacjent zgłasza inne odczucia niż „ból”, takie jak „napięcie, ucisk albo dyskomfort” osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból, tak czy nie?”
11. Analiza „mięśni” przez pacjentów zgłaszających ból w pozycjach I, III oraz V: mięśnie, które mogą być zaznaczone w formularzu, gdy pacjent wskazuje ból w obrębie mięśni uciskanych w trakcie przeprowadzania badania (pozycja VII), ale nie bierze się pod uwagę mięśni nie biorących udziału w żuciu (np. mostkowo-obojczykowo-sutkowy, mięsień potyliczny, itp.).
12. Jeśli osoba przeprowadzająca badanie, nie jest pewna czy pacjent wskazuje staw, mięsień czy obie struktury, powinna ucisnąć badane miejsce tak lekko, jak to możliwe, żeby poprawnie zidentyfikować strukturę anatomiczną. Jeśli osoba przeprowadzająca badanie wciąż nie jest pewna, gdzie występuje ból, trzymając delikatnie palec na strukturze, prosi pacjenta, żeby wysunął żuchwę do przodu i/lub otworzył i zamknął (do momentu wyczuwalności ruchu w stawie). Następnie prosi pacjenta, aby powrócił do

„wygodnej pozycji żuchwy” ze złączonymi całkowicie tylnymi zębami i zacisnął zęby. Osoba przeprowadzająca badanie powinna powiedzieć: „ Proszę wysunąć żuchwę do przodu do momentu, kiedy poproszę, żeby Pan/Pani przestała, a następnie proszę powrócić do wygodnej pozycji dla żuchwy z zębami całkowicie złączonymi, a następnie zacisnąć zęby;” i/lub „ Proszę otwierać usta do momentu, kiedy poproszę, żeby Pan/ Pani przestała, a następnie zamknąć usta w wygodnej pozycji z tylnymi zębami całkowicie złączonymi”. Po tym jak pacjent wykona ten(te) ruchy, osoba przeprowadzająca badanie mówi: „ A teraz proszę delikatnie zacisnąć zęby i zrelaksować się”. Proszę zapisać według poniższych instrukcji:

- a. „Mięśnie”: jeśli osoba przeprowadzająca badanie może wyczuć palcem skurcz mięśni podczas zaciskania zębów pacjenta lub gdy pacjent wysuwa żuchwę do przodu, lub przy otwarciu/zamknięciu i powrocie do „wygodnej pozycji”, równocześnie boczne pole stawu skroniowo-żuchwowego *nie jest* wyczuwalne.
- b. „Staw”: jeśli osoba przeprowadzająca badanie nie wyczuwa skurczu mięśnia bezpośrednio pod palcem podczas zaciskania lub gdy pacjent wysuwa żuchwę lub przy otwarciu/zamknięciu i powrocie do „wygodnej pozycji” i równocześnie boczne pole stawu skroniowo-żuchwowego *jest* wyczuwalne.
- c. „Obie struktury”: jeśli miejsce wokół bocznego pola stawu skroniowo-żuchwowego jest bolesne i wyczuwalny jest skurcz mięśni nad stawem (lub przed stawem i na mięśniu żwaczu) podczas zaciskania.
- d. Decyzja osoby przeprowadzającej badanie powinna być podjęta niezależnie od tego, co zgłasza pacjent. Na przykład: jeśli pacjent zgłasza ból w obrębie stawu, a osoba przeprowadzająca badanie identyfikuje ból w obrębie mięśnia, należy zanotować wnioski osoby przeprowadzającej badanie

13. W przypadku gdy pacjent zgłasza ból niezwiązany z badaniem palpacyjnym (I, III, V) , wyjaśnienie jest dozwolone. Dla pozycji I, proszę zasugerować pacjentowi : „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w przeciągu ostatniego miesiąca”. Jeśli pacjent wskazuje przynajmniej jeden obszar, osoba przeprowadzająca badanie powinna zapytać: „Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w ostatnim miesiącu?” Dla pozycji III i V osoba przeprowadzająca badanie powinna zasugerować: „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?” Jeśli pacjent wskazuje co najmniej jeden obszar, osoba przeprowadzająca badanie powinna zapytać pacjenta „Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?”

**Uwaga:** Ponieważ Badawcze Kryteria Diagnostyczne wymagają informacji od pacjenta o lokalizacji bólu (I pozycja formularza), zweryfikowanych przez osobę przeprowadzającą badanie, ta pozycja została przeniesiona z kwestionariusza do badania. To umożliwi osobie przeprowadzającej badanie wiarygodne potwierdzenie rodzaju i miejsca bólu. Przed rozpoczęciem badania osoba przeprowadzająca badanie mówi: „ Zapytam o lokalizację bólu, są to miejsca (wszystkie badane miejsca w trakcie palpacji), którymi jestem głównie zainteresowany/a ...tu... tu... tu... , a także ewentualne miejsca wewnątrz ust”. Kiedy osoba przeprowadzająca badanie wypowiada te słowa, dotyka obustronnie skroni, SSŻ, mięśni żwaczy, okolicy tylnej żuchwy, okolicy podżuchwowej. Osoba przeprowadzająca badanie nie nazywa obszarów, których dotyka.

## **B. BADANIE**

1. Proszę zapytać pacjenta: „Czy kiedykolwiek w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał(a) Pan/Pani ból po prawej stronie twarzy, lewej stronie lub po obu stronach twarzy?”. Proszę zakreślić odpowiednią odpowiedź.
2. ” Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pan ból w przeciągu ostatniego miesiąca.” Jeśli pacjent wskaże przynajmniej jedno miejsce, proszę zapytać: „ Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w ostatnim miesiącu?” Proszę zakreślić odpowiednią odpowiedź. Jeśli osoba przeprowadzająca badanie nie jest pewna, czy pacjent wskazuje staw czy mięsień, powinna ucisnąć badane miejsce tak lekko, jak to możliwe, żeby poprawnie zidentyfikować strukturę anatomiczną. Na przykład, jeśli pacjent wskazuje staw jako źródło bólu, a osoba przeprowadzająca badanie uważa, że to mięsień, należy zanotować wnioski osoby przeprowadzającej badanie .
3. Ruch odwodzenia.  
Ogólne instrukcje: Proszę poprosić pacjenta aby ułożył żuchwę w wygodnej pozycji. („Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji z tylnymi zębami całkowicie złączonymi.”) Proszę odchylić kciukiem dolną wargę pacjenta w taki sposób, aby uwidocznic dolne zęby. Pozwoli to na obserwację odchylenia od linii środkowej. Proszę poprosić pacjenta o otwarcie ust tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne . („Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne.”). Jeśli pomiar odchylenia jest niejednoznaczny, proszę użyć linijki z podziałką milimetrową, trzymając ją pionowo pomiędzy liniami środkowymi górnych i dolnych siekaczy centralnych (lub proszę zaznaczyć

na siekaczu dolnym, jeśli linia środkowa się nie zgadza). Proszę powiedzieć pacjentowi, aby otworzył usta trzykrotnie. Jeśli pacjent posiada więcej niż jeden typ odwodzenia żuchwy, wtedy proszę poprosić pacjenta o powtórzenie otwarcia ust trzy razy. Proszę zapisać najczęściej odtwarzany przez pacjenta typ odwodzenia żuchwy zgodnie z następującymi kryteriami (uwaga: oceniamy tylko ruch odwodzenia)

- a. *Prosty*. Jeśli nie ma zauważalnej dewiacji w trakcie odwodzenia.
  - b. *Boczne odchylenie w prawo lub lewo*. Dotyczy dewiacji żuchwy, która jest wyraźnie skierowana w prawą lub w lewą stronę przy maksymalnym otwarciu ust. Proszę zdecydować, po której stronie występuje dewiacja i odpowiednio zanotować.
  - c. *Fizjologiczne odchylenie („S” odchylenie)*. Pacjent posiada zauważalną dewiację w lewą lub w prawą stronę, ale koryguje położenie żuchwy do linii środkowej w trakcie lub przed aktywnym, maksymalnym otwarciem ust.  
*Inne*. Jeśli pacjent posiada nierówne odwodzenie (ani płynne, ani ciągłe) lub otwiera inaczej niż wskazują określenia występujące w formularzu, proszę to zanotować, jak również rodzaj dewiacji. Jeśli pacjent nie ma dominującego typu odwodzenia, proszę użyć tej kategorii i napisać „więcej niż jeden”.
4. *Pionowy zakres ruchów żuchwy*.

Jeśli pacjent użytkuje ruchome protezy całkowite lub częściowe, wykazujące niedostateczne utrzymanie na podłożu, proszę je podtrzymywać na podłożu przy wszystkich pomiarach otwarcia ust

a. **Czynne otwarcie bez bólu**

i. *Wykonywanie pomiarów*.

Proszę poprosić pacjenta o ułożenie żuchwy w wygodnym położeniu. („Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.”) Proszę wybrać ten z siekaczy centralnych górnych, który jest bardziej pionowo ustawiony w łuku zębowym, ( jeśli nie ma różnicy, proszę wybrać ząb numer 11). Proszę poprosić pacjenta, żeby otworzył usta tak szeroko, jak to możliwe (aktywnie) bez bólu. (“Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi bez uczucia bólu lub bez zwiększania obecnie odczuwanego bólu.”). Proszę przyłożyć krawędź linijki z podziałką milimetrową do mezjalno-dystalnego środka krawędzi siecznej przeciwstawnego centralnego siekacza dolnego i zmierzyć odległość pionową do wargowo-siecznego brzegu przeciwstawnego siekacza górnego. Proszę zapisać pomiar i zaznaczyć, który ząb sieczny górny został wybrany. Jeśli pacjent nie otworzył co najmniej 30mm, proszę powtórzyć pomiar dla pewności. Jeśli

za drugim razem pacjent nie otworzył więcej niż 30mm, to proszę zapisać uzyskany wynik.

b. **Czynne maksymalne otwarcie**

i. *Wykonywanie pomiarów.*

Proszę poprosić pacjenta o ułożenie żuchwy w wygodnym położeniu i otwarcie ust tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne ("Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne.") Proszę przyłożyć krawędź linijki z podziałką milimetrową do mezjalno-dystalnego środka krawędzi siecznej tego samego siekacza centralnego dolnego i zmierzyć odległość pionową do wargowo-siecznego brzegu przeciwstawnego siekacza górnego. Proszę zapisać pomiar.

ii. *Ból.*

Proszę zapytać pacjenta, czy czuł/czuła ból w trakcie czynnego, maksymalnego otwarcia ust. ("Czy przy otwarciu ust odczuwał Pan/Pani jakiś ból?" Jeśli „Tak”, proszę zasugerować pacjentowi: "Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu". Jeśli pacjent wskazuje co najmniej jeden obszar, osoba przeprowadzająca badanie powinna zapytać pacjenta: „Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?" Proszę zapisać, czy pacjent miał ból, czy nie i miejsce bólu. Miejsce bólu zapisywane jest na dwa sposoby: lewa i/lub prawa strona i czy ból jest obecny w stawie, czy nie. Wymagane są dwa zapisy dla pozycji III formularza („max. czynne otwarcie” i „max.bierne otwarcie) w celu oszacowania bólu: dla każdej strony proszę zapisać jako „Żaden” (0), „Mięsień” (1), „Staw” (2) lub „Oba” (3). Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „ Czy czuje Pan/Pani ból, tak czy nie?”. Jeśli odpowiedź brzmi: „ Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.

c. **Bierne maksymalne otwarcie**

i. *Wykonywanie pomiarów.*

Proszę poprosić pacjenta, żeby ułożył żuchwę w wygodnej pozycji. (" Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji") Proszę poprosić pacjenta, aby otworzył usta tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. ("Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne." ) Po tym, jak pacjent otworzy usta szeroko, proszę umieścić kciuk na górnych centralnych siekaczach i skrzyżować palec wskazujący na dolnych centralnych siekaczach. Dzięki temu otrzymuje się dźwignię niezbędną do biernego otwarcia ust pacjenta. Proszę użyć umiarkowanej siły, ale nie otwierać ust pacjenta szerzej na siłę. ( „Położę palce pomiędzy Pana/ Pani zębami i spróbuję otworzyć Pana/ Pani usta szerzej. Proszę



podnieść rękę, jeśli będzie Pan/ Pani chciał(a), żebym przestał(a).”) Użyj linijki z podziałką milimetrową, aby zmierzyć odległość między mezjalno-dystalnym środkiem brzegu siecznego centralnej jedyńki dolnej a wargowo-siecznym brzegiem przeciwnego siekacza górnego. Proszę zapisać pomiar.

(Zaznacz w formularzu czy pacjent podniósł rękę w celu zakończenia testu).

ii. **Ból**

Proszę zaznaczyć, czy pacjent czuł ból i ewentualnie, w którym miejscu. („Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy próbował(a)em palcami otworzyć szerzej usta?”) Jeśli „Tak”, proszę zasugerować/polecić pacjentowi: „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu” Jeśli pacjent wskazuje co najmniej jeden obszar, osoba przeprowadzająca badanie powinna zapytać pacjenta: „Czy są jakieś inne obszary gdzie czuł Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?”. Proszę zapisać miejsca bólu tak, jak w przypadku czynnego maksymalnego otwarcia. Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból, tak czy nie?” Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.

d. **Pionowa odległość międzysieczna.**

Proszę poprosić pacjenta, aby złączył zęby. „Proszę złączyć tylne zęby”. Długopisem, ołówkiem lub paznokciem proszę zaznaczyć linię, gdzie sieczny brzeg siekacza centralnego górnego (użytego do wcześniejszych pomiarów) zachodzi na centralny siekacz dolny. Proszę zmierzyć odległość od krawędzi siecznej siekacza dolnego do zaznaczonej linii i zapisać pomiar.

5. **Ogólne instrukcje:**

Pacjent poinformuje o obecności lub braku dźwięków w stawie. Jeśli są obecne, osoba przeprowadzająca badanie zapisze rodzaj zaobserwowanych dźwięków. Jako wskazówkę, proszę życ następującego pytania: „Czy zwrócił(a) Pan/Pani uwagę na dźwięki w prawym, lewym lub obu stawach skroniowo-żuchwowych?” Jeśli pacjent odpowie: „Tak”, proszę zadać kolejne pytanie: „Jakie dźwięki wydają stawy i po której stronie słyszy Pan/Pani te dźwięki?” W trakcie badania dźwięków można zapytać pacjenta, czy słyszy dźwięk/i, jaki rodzaj dźwięku/ów i po której stronie. Osoba badająca pyta: „Czy słyszał/a lub czuł/a Pan/Pani

jakieś dźwięki w którymś ze stawów podczas otwierania i zamykania ust?”. Jeśli pacjent odpowie: „Tak”, proszę zapytać: „ Jaki rodzaj dźwięków słyszał/a Pan/Pani i po której stronie?”. Proszę położyć lewy palec wskazujący na prawym SSŻ, a prawy palec wskazujący na lewym SSŻ. Proszę użyć minimalnej siły, mniej niż 1lb. Opuszka palca wskazującego powinna być skierowana do przodu od płatka ucha. Proszę poprosić pacjenta, aby powoli otwierał usta tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Przy każdym zamknięciu zęby powinny być maksymalnie połączone do pozycji zwarcia centralnego. Proszę poprosić pacjenta: „W czasie, kiedy będę trzymać opuszki palców w okolicy Pana/ Pani stawów skroniowo-żuchwowych, proszę całkowicie złączyć tylne zęby. Następnie proszę powoli otwierać tak szeroko, jak to możliwe [nawet jeśli jest to bolesne], a potem proszę powoli zamykać do momentu całkowitego połączenia zębów”. Proszę poprosić pacjenta, aby otworzył i zamknął usta trzy razy. Proszę użyć tych trzech ruchów otwarcia/ zamknięcia w celu „zapoznania się” i ustalenia, czy stawy pacjenta wydają dźwięki. Następnie proszę ocenić każdy ze stawów osobno. Proszę poprosić pacjenta o trzykrotne powtórzenie ruchów otwarcia/ zamknięcia i ocenić dźwięki w prawym stawie. Proszę zapisać ruch/ dźwięk stawu w trakcie otwierania lub zamykania. Proszę powtórzyć to samo dla lewego stawu.

a. *Definicja dźwięków*

0 = *Brak*

1= *Trzask*. Wyraźny, krótki dźwięk z wyraźnym początkiem i końcem, który brzmi jak „kliknięcie”.

2= *Wyraźne krepitacje*. Ciągły dźwięk, wyczuwalny dłużej w trakcie ruchu żuchwy, nie jest krótki jak trzask. Dźwięk ten może zachodzić na inne dźwięki. Ten dźwięk nie jest stłumiony. Można opisać ten dźwięk jako odgłos tarcia kości o kość albo jak kamienia o kamień.

3= *Delikatne krepitacje*. Delikatny dźwięk, wyczuwalny dłużej w trakcie ruchu żuchwy, nie jest krótki jak trzask. Ten dźwięk może zachodzić na inne dźwięki. Można opisać ten dźwięk jako odgłos tarcia o szorstką powierzchnię.

*Trzask guzkowaty (hypermobilne)*. Ten dźwięk nie jest brany pod uwagę w formularzu. Definicja jest podana w celu diagnostyki różnicowej. Aby mówić o trzasku hypermobilnym, musi występować przynajmniej trzask w trakcie ruchu odwodzenia; jest wyczuwalny, kiedy kompleks kłykieć-dysk przesunie się wokół guzka stawowego, równocześnie widoczne jest „przeskoczenie” żuchwy.

## *b. Analiza trzasków.*

Z uwagi na fakt, że wiele typów dźwięków nie odnosi się do konkretnych kryteriów diagnostycznych, załączona jest wyczerpująca lista definicji, aby lepiej opisać sposób, w jaki dane typy dźwięków spełniających kryteria BKD mogą różnić się od innych dźwięków.

- i. Powtarzalny trzask w trakcie otwierania.* Jeśli w trakcie otwierania i zamykania z pozycji ZC, trzask jest wyczuwalny z 2 z 3 ruchów otwierania, proszę zaznaczyć „trzask” w punkcie odpowiadającym otwarciu ust.
- ii. Odtwarzalny trzask w trakcie zamykania.* Jeśli w trakcie zamykania, trzask jest wyczuwalny z 2 z 3 ruchów zamykania, proszę zaznaczyć „trzask” w punkcie odpowiadającym zamykaniu ust.
- iii. Powtarzalny trzask dwukierunkowy.* Dźwięk ten jest określony dzięki milimetrowemu pomiarowi w trakcie otwierania i zamykania ust i można wyeliminować trzask, kiedy pacjent zamyka i otwiera z żuchwą wysuniętą do przodu. Używając linijki z podziałką milimetrowa, proszę określić, kiedy występuje pierwszy trzask w trakcie otwierania i ostatni w trakcie zamykania, mierząc odległość między brzegami siecznymi górnych i dolnych siekaczy. Proszę zmierzyć odległość pionową między mezjalno-dystalnym środkiem siekacza dolnego (użytego w #III) a wargowo-siecznym brzegiem przeciwstawnego siekacza górnego. Pomiar trzasku może być aktywny (pacjent wyznacza położenie trzasku) lub bierny (osoba przeprowadzająca badanie wyznacza położenie trzasku). Jeśli pacjent jest świadomy trzasku, można użyć aktywnego pomiaru. Jeśli pacjent nie jest świadomy trzasku albo nie potrafi zatrzymać żuchwy w momencie trzasku, wtedy osoba przeprowadzająca badanie powinna pokierować pacjenta, określając, kiedy zatrzymać żuchwę. Proszę poprosić pacjenta: „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, następnie powoli otwierać usta tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, do momentu kiedy poczuje Pan/Pani trzask [lub poproszę Pana/ Panią o zaprzestanie], a ja zrobię pomiary”. Następnie, aby zmierzyć trzask w trakcie zamykania: „Teraz proszę kontynuować otwieranie tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, a następnie proszę powoli zamykać, aż poczuje Pan/Pani trzask [lub poproszę Pana/Panią o zaprzestanie], a ja zrobię pomiary.” Jeśli trzask ustępuje i z tego powodu nie można go zmierzyć, proszę zostawić miejsca zapisu pomiaru w formularzu puste i zaznaczyć "9" (Nie można ocenić) . (W takim przypadku analiza komputerowa wykaże, że nie jest to powtarzalny trzask dwukierunkowy, chociaż trzask był obecny, nie ma jego kontynuacji). Proszę określić eliminację trzasku w trakcie otwierania, sugerując, aby pacjent wysunął żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe. Następnie proszę poprosić pacjenta, aby otwierał i zamykał usta z żuchwą wysuniętą do przodu. „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby. Proszę delikatnie otworzyć i



przesuwać żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne i z tej pozycji proszę otwierać i zamykać usta.” Proszę zakreślić „Tak”(1), jeżeli trzask został wyeliminowany w trakcie zamykania i otwierania z żuchwą wysuniętą do przodu. Jeśli trzask nie może być wyeliminowany, proszę zakreślić „Nie” (0). Jeśli pacjenta nie charakteryzuje powtarzalny trzask dwukierunkowy, proszę zaznaczyć „Nie dotyczy” (2).

iv. *Trzask niepowtarzalny* (nie jest brany pod uwagę w formularzu egzaminacyjnym). O trzasku niepowtarzalnym mówi się wówczas, gdy dźwięk nie występuje regularnie w trakcie otwierania i zamykania ust; nie występuje przynajmniej w trakcie dwóch z trzech pełnych ruchów żuchwy. Więcej niż jeden dźwięk może być zakreślony dla „otwarcia” i „zamknięcia”. Jeśli zakreślony jest: Żaden (0), nie można zaznaczyć żadnej innej odpowiedzi.

#### 6. Poziome ruchy żuchwy

Pomiary są wykonywane pomiędzy brzegami sieczno-wargowymi linii pośrodkowych centralnych siekaczy górnych i dolnych. Jeśli brakuje jednego z siekaczy, wtedy proszę wykonać pomiary od brzegu bliższego siecznego obecnego siekacza. Jeżeli nie ma żadnego z siekaczy, wtedy proszę wykonać pomiary od brodawki przysiecznej. Jeśli występuje diastema, proszę wykonać pomiar pośrodku tej diastemy. W przypadku kiedy pacjent nie może wykonać ruchów, proszę zapisać „9” „Nie można ocenić”.

#### a. **Prawy boczny ruch**

##### i. *Wykonywanie pomiarów.*

Proszę poprosić pacjenta, aby lekko otworzył usta i przesunął żuchwę w prawo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Jeśli pacjent jest dezorientowany, w którą stronę powinien przesunąć żuchwę, proszę użyć następującego polecenia: „Proszę przesunąć żuchwę w stronę mojej ręki”. Proszę wtedy dotknąć okolicy stawu pacjenta po stronie, w którą powinien być wykonany ruch. Jeśli jest to potrzebne, należy powtórzyć ruch. (Na przykład: „Proszę otworzyć delikatnie usta i przesunąć żuchwę w prawo, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji z zębami delikatnie oddalonymi od siebie, dopóki nie zrobię pomiarów.” Proszę użyć linijki milimetrowej, aby zmierzyć odległość między brzegiem sieczno-wargowym linii pośrodkowej siekaczy centralnych górnych i dolnych. Proszę zapisać pomiar. Następnie zalecamy pacjentowi: ”Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.”).

##### ii. *Ból.*

Proszę zapytać pacjenta czy czuł/a ból: „Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy przesunął(a) Pan/ Pani żuchwę do boku?”. Jeśli „Tak”, proszę zasugerować pacjentowi: „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie

czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu”. Jeśli pacjent wskazuje przynajmniej jeden z obszarów, proszę zapytać: ”Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?” Miejsce bólu jest zapisywane na dwa sposoby: lewa i/lub prawa strona i czy ból występuje w stawie, czy nie. Wymagane są dwa zapisy dla pozycji V w celu oszacowania bólu: dla każdej strony proszę zapisać jako: „Żaden” (0), „Mięsień” (1), „Staw” (2) lub „Oba” (3). Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból, tak czy nie?” Jeśli odpowiedź brzmi „Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.

### ***Lewy boczny ruch***

#### *i. Wykonywanie pomiarów.*

“Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę w lewo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji z zębami delikatnie oddalonymi od siebie, dopóki nie zrobię pomiarów.” Proszę użyć linijki milimetrowej, aby zmierzyć odległość, a następnie proszę pacjentowi zasugerować: „Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji” . Proszę zapisać pomiar tak samo, jak dla prawej strony.

#### *ii. Ból.*

Proszę zapytać pacjenta, czy czuł/a ból. Proszę zapisać, czy pacjent odczuwał(a) ból, czy nie i zapisać, gdzie ewentualnie pojawił się ból. Proszę zapytać: „Czy czuł(a) Pan/ Pani jakikolwiek ból przy przesunięciu żuchwy w lewą stronę? Jeśli ”Tak”, proszę pacjentowi zasugerować: „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?”. Jeśli pacjent wskazuje przynajmniej jeden z obszarów, proszę zapytać: ”Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?”. Proszę zapisać pomiar tak samo, jak dla ruchu w prawą stronę. Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „ Czy czuje Pan/Pani ból: tak czy nie?” Jeśli odpowiedź brzmi: „Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.

### ***Ruch doprzodni***

#### *Wykonywanie pomiarów.*

Proszę poprosić pacjenta, aby lekko otworzył usta i przesunął żuchwę do przodu. (“Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę do przodu, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Następnie proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji, dopóki nie zrobię pomiarów”. Proszę użyć linijki z podziałką milimetrową, aby zmierzyć odległość między mezjalno-dystalnym środkiem siekacza górnego (użytego w #III) a wargowo-siecznym brzegiem przeciwstawnego siekacza dolnego, a następnie zapisać wynik. Po skończeniu

pomiaru proszę pacjentowi zasugerować: „Proszę przesunąć żuchwę z powrotem do wygodnej pozycji”. Jeśli siekacze górne pacjenta nachodzą głęboko na dolne, proszę poprosić, aby otworzył szerzej, tak aby wykonać ruch doprzedni bez ingerencji siekaczy górnych.

*i. Ból.*

Proszę zapytać pacjenta, czy czuł/a ból. Zapisać, czy pacjent odczuł ból, czy nie i zapisać, gdzie ewentualnie ból się pojawił. Proszę zapytać: „Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy przesunął(a) Pan/ Pani żuchwę do przodu? Jeśli „Tak”, proszę pacjentowi polecić: „Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu”. Jeśli pacjent wskazuje przynajmniej jeden z obszarów, proszę zapytać: „Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w trakcie tego ruchu?”. Zapisujemy pomiar tak samo, jak przy ruchu w prawą stronę. Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „ Czy czuje Pan/Pani ból: tak czy nie?”. Jeśli odpowiedź brzmi: „Nie”, proszę zapisać jako „Żaden”.

*d. Odchylenie linii środkowej.*

Proszę poprosić pacjenta: „Proszę złączyć tylne zęby”. Jeśli linia środkowa siekaczy górnych nie pokrywa się z linią środkową siekaczy dolnych, proszę wyznaczyć horyzontalną różnicę, kiedy pacjent ma złączone tylne zęby. Proszę zmierzyć w milimetrach, jaka jest odległość między linią środkową siekaczy dolnych żuchwy a szczęki i w którą stronę jest przesunięta. Jeśli odchylenie linii środkowej jest mniejsze niż 1 mm albo jeśli nie ma odchylenia, proszę zapisać jako ” 00.”

7. *Badanie palpacyjne dźwięków w stawie skroniowo-żuchwowym w trakcie ruchów bocznych oraz ruchu doprzedniego żuchwy.*

Wskazówki dotyczące „badania palpacyjnego dźwięków w stawie skroniowo-żuchwowym” są takie same, jak dla „pionowego zasięgu ruchów”. Prosimy pacjenta, aby przesunął żuchwę w prawo, w lewo i do przodu (zobacz V). Jeśli chodzi o ruch żuchwy w prawą stronę, polecamy pacjentowi: „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę w prawo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem.” Jeśli chodzi o ruch żuchwy w lewą stronę, polecamy pacjentowi: „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę w lewo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem.” Jeśli chodzi o ruch doprzedni, polecamy pacjentowi: „Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i

przesunąć żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem.” Jeśli pacjent jest zdezorientowany, w którą stronę powinien przesunąć żuchwę, używamy następującego polecenia: „proszę przesunąć żuchwę w stronę mojej ręki” i dotykamy stawu pacjenta po stronie, w którą powinien być wykonany ruch. Każdy ruch należy powtórzyć trzykrotnie. Za każdym razem, gdy pacjent wykona ruch, pytamy: „Czy słyszał(a) lub czuł(a) Pan/Pani jakiegokolwiek dźwięki w którymś ze stawów przy przesunięciu w prawo [lewo, do przodu]? Jeśli pacjent odpowie: „Tak”, to pytamy: „Jakie dźwięki słyszał(a) Pan/Pani i po której stronie?”

a. *Definicja dźwięków.* Zobacz punkt 5.

b. *Analiza Trzasków*

i. *Powtarzalne trzaski przy poziomych ruchach żuchwy.* Jeśli trzask występuje w trakcie 2 z 3 ruchów żuchwy w prawo lub 2 z 3 w lewo, lub 2 z 3 ruchów poprzednich. Zaznacz „Trzask” w formularzu egzaminacyjnym.

ii. *Niepowtarzalny trzask przy poziomych ruchach żuchwy.* Mówi się o niepowtarzalnym trzasku, kiedy dźwięk nie występuje regularnie w trakcie przesuwania w bok lub ruchu poprzedniego żuchwy; nie występuje przynajmniej w trakcie dwóch z trzech ruchów żuchwy. Nie jest brane pod uwagę w formularzu egzaminacyjnym.

## **7. OGÓLNE INSTRUKCJE DOTYCZĄCE PALPACYJNEGO BADANIA BÓLU MIĘŚNI I STAWÓW**

Badanie tkiwości mięśni i torebki stawu polega na ucisku opuszkami palca wskazującego oraz trzeciego lub końcową częścią palca wskazującego wygiętą w kształt łopatkki, przy użyciu standardowej siły: palpacja z użyciem ucisku 2 lbs powinna być użyta w trakcie badania mięśnia skroniowego i mięśnia żwacza. Natomiast palpacja z użyciem ucisku 1lb powinna być użyta w trakcie badania stawów, okolicy tylnej żuchwy, podżuchwowej oraz mięśni wewnątrzustnych. Zaleca się użycie dwóch palców, kiedy anatomia pacjenta i osoby przeprowadzającej badanie na to pozwala (mięsień skroniowy, tylna okolica żuchwy, okolica podżuchwowa), w innym wypadku powinno się używać jednego palca. W obrębie każdej z pozycji, VII, badamy najpierw prawą stronę, a następnie lewą stronę; na przykład prawa strona: mięsień skroniowy, mięsień żwacz, okolica tylna żuchwy i okolica podżuchwowa; następnie lewa strona: mięsień skroniowy, mięsień żwacz, okolica tylna żuchwy i okolica podżuchwowa. W trakcie badania palpacyjnego mięśni drugą ręką przytrzymujemy głowę pacjenta, aby zapewnić stabilność. Żuchwa

pacjenta powinna być w spoczynkowej pozycji, tak aby zęby nie stykały się. Mięśnie w trakcie badania palpacyjnego powinny być w stanie biernym. Jeśli to potrzebne, proszę poprosić pacjenta, aby zacisnął(ęła) zęby, a następnie zrelaksował(a) się w celu dokładnego zlokalizowania mięśnia.( „Ucisnę niektóre mięśnie. Proszę delikatnie zacisnąć zęby, a następnie rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się.”). W celu poprawnej lokalizacji stawów, proszę poprosić pacjenta, aby wysunął żuchwę do przodu oraz/albo otworzył i zamknął usta. „Proszę delikatnie otworzyć usta, tak żeby zęby nie stykały się i przesunąć żuchwę do przodu, a następnie przesunąć ją z powrotem do normalnej pozycji ” LUB „Proszę otwierać usta do momentu, aż poproszę, aby Pan/Pani przestała, a następnie proszę zamknąć.”) Najpierw lokalizujemy miejsce badania, używając opisanych punktów orientacyjnych, a następnie uciskamy. Miejsce maksymalnej wrażliwości może znajdować się gdzie indziej u różnych pacjentów, dlatego ważne jest, aby uciskać wiele miejsc we wspomnianym obszarze, żeby ustalić czy występuje tkliwość. Przed rozpoczęciem palpacji, mówimy: „W następnej części badania proszę powiedzieć, czy czuje Pan/Pani ból lub ucisk w trakcie palpacji pewnych części Pana/Pani głowy i twarzy”. Proszę poprosić pacjenta, by określił czy czuje ból, czy tylko ucisk.

Jeśli palpacja jest bolesna, pytamy pacjenta, czy jest to ból: łagodny, umiarkowany, silny. Pytamy pacjenta: „Czy czuł/a Pan/Pani ból?” Jeśli: „Tak”, sugerujemy: „Proszę powiedzieć, czy jest to ból: łagodny, umiarkowany, silny?” Jeśli pacjent zgłasza ucisk lub napięcie, osoba przeprowadzająca badanie powinna zadać pytanie zamknięte: „Czy czuje Pan/Pani ból: tak czy nie?” Jeśli odpowiedź brzmi: „Nie” , zapisujemy jako „Żaden”. Jeśli pacjent nie wyrazi zgody na przeprowadzenia badania, piszemy w formularzu „Pacjent Odmówił”.

## 2. Opis lokalizacji mięśni zewnątrzustnych ( ucisk 2lbs)

### a. **Część tylna mięśnia skroniowego.**

Badamy palpacyjnie tylne włókna w tyle za uchem bezpośrednio powyżej uszu. Proszę poprosić pacjenta, aby zacisnął zęby, a następnie zrelaksował się, co pozwoli zlokalizować mięsień. Przesuwamy palce w kierunku twarzy pacjenta (przyśrodkowo) do przedniej granicy ucha.

### b. **Część środkowa mięsień skroniowego.**

Badamy palpacyjnie włókna w zagłębieniu około 4-5 cm bocznie do bocznej krawędzi łuku brwiowego.

### c. **Część przednia mięsień skroniowego.**



Badamy palpacyjnie włókna nad dołem podskroniowym, bezpośrednio ponad wyrostkiem jarzmowym. Proszę poprosić pacjenta, aby zacisnął zęby, a następnie zrelaksował się, co pozwoli zlokalizować mięsień.

d. **Część górna mięśnia żwacza.**

Proszę poprosić pacjenta, aby najpierw zacisnął zęby, a następnie zrelaksował się w celu obserwacji lokalizacji żwacza. Badamy palpacyjnie początek mięśnia 1cm do przodu od stawu skroniowo-żuchwowego, zaraz poniżej łuku jarzmowego, i badamy do przodu od granicy mięśnia.

e. **Część środkowa mięśnia żwacza.**

Zaczynamy zaraz poniżej wyrostka jarzmowego w przedniej części granicy mięśnia. Badamy palpacyjnie od tego miejsca w dół i do tyłu w kierunku kąta żuchwy wszerz powierzchni szerokiej na 2 palce.

f. **Część dolna mięśnia żwacza.**

Badamy palpacyjnie obszar 1 cm powyżej i do przodu od kąta żuchwy.

g. **Tylna okolica żuchwy (mięsień rylcowo-gnykowy/brzusiec tylny mięśnia dwubrzuscowego)**

Stosujemy ucisk równy 1 lb. Proszę poprosić pacjenta, aby odchylił lekko głowę do tyłu. „Proszę odchylić głowę delikatnie do tyłu.” Lokalizujemy miejsce palpacji pomiędzy początkiem mięśnia mostkowo-sutkowo-obojęczykowego i tylną granicą żuchwy. Kładziemy palec tak, aby był przyśrodkowo i do góry (i nie dotykał żuchwy). Badamy palpacyjnie okolice bezpośrednio przyśrodkowo i tylnie do kąta żuchwy.

h. **Okolica podżuchwowa (mięsień skrzydłowy przyśrodkowy, mięsień nadgnykowy, brzusiec przedni mięśnia dwubrzuscowego).**

Stosujemy ucisk równy 1 lb. Lokalizujemy miejsce ucisku pod żuchwą 2 cm do przodu od kąta żuchwy. Badamy, kierując się w kierunku żuchwy. Jeśli pacjent czuje duży ból w tej okolicy, próbujemy określić, czy ból pochodzi z mięśnia, czy węzłów chłonnych.

3. Opis wykonywania palpacji w obrębie stawu (ucisk 1lb)

a. **Boczne pole.**

Umieszczamy palec wskazujący skierowany do przodu od płatka ucha w miejscu stawu skroniowo-żuchowego. Prosimy pacjenta, aby otworzył delikatnie usta i trzymał otwarte, aż osoba przeprowadzająca badanie zlokalizuje boczne pole kłykcia przesuniętego do przodu lub prosimy pacjenta, aby wysunął delikatnie żuchwę do przodu: „Proszę delikatnie otworzyć do momentu, kiedy powiem „stop” (palpacja), a następnie proszę zamknąć” LUB: „Proszę delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu, a następnie przesunąć ją z powrotem do normalnej pozycji tak, żeby zęby nie stykały się”. Stosujemy ucisk równy 1 lb po badanej stronie, przytrzymując jednocześnie

głowę pacjenta po drugiej stronie przeciwstawną ręką.

b. **Tylny przyczep.**

Ta strona może być badana palpacyjnie „wewnątrzprzewodowo”. Proszę umieścić opuszkę małego prawego palca w lewym zewnętrznym przewodzie usznym pacjenta, a opuszkę lewego małego palca w prawym zewnętrznym przewodzie usznym.

Kierujemy opuszki palców w kierunku egzaminatora i prosimy pacjenta, aby delikatnie otworzył usta (lub szeroko, jeśli jest taka konieczność), aby upewnić się, że ruchy żuchwy są wyczuwalne przez opuszki palców. Polecamy pacjentowi: „Proszę otworzyć usta. W czasie kiedy będzie mieć Pan/Pani otwarte usta, włożę mały palec do każdego z Pana/Pani uszu, następnie poproszę o zamknięcie ust i całkowite złączenie zębów.” Stosujemy pewny ucisk po prawej stronie, a następnie lewej, kiedy pacjent ma całkowicie złączone zęby.

(Proszę zmienić rękawiczki.)

3. Opis miejsc palpacji wewnątrzustnej ( ucisk 1lb)

Proszę wytłumaczyć pacjentowi, że będzie wykonywana palpacja wewnątrzustna: („Teraz będę dotykać wnętrza Pana/ Pani jamy ustnej. Kiedy będę to robić, proszę rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się.”)

a. **Okolica mięśnia skrzydłowego bocznego**

Przed wykonaniem badania palpacyjnego, proszę upewnić się, czy paznokcie palca wskazującego jest odpowiednio skrócony, aby uniknąć fałszywie pozytywnych wyników. Proszę poprosić pacjenta, aby otworzył usta i przesunął żuchwę w stronę, która jest badana. („Proszę przesunąć żuchwę w stronę mojej ręki”). Kładziemy palec wskazujący na wyrostku zębodołowym od strony policzka powyżej trzonowców górnych. Następnie przesuwamy palec dystalnie, do góry, oraz przyśrodkowo. Jeśli palec wskazujący jest za duży, proszę użyć małego (5-go) palca.

b. **Ścięgno mięśnia skroniowego**

Po zakończeniu badania mięśnia skrzydłowego bocznego, obracamy palec bocznie w pobliże wyrostka dziobiastego. Prosimy pacjenta, aby lekko otworzył usta i przesuwamy palec do przedniej części wyrostka dziobiastego. Proszę wykonać palpację w najwyższej części wyrostka dziobiastego. Trzeba pamiętać: jeśli trudno jest zdiagnozować, czy pacjent czuje ból mięśnia skrzydłowego bocznego, czy ścięgna mięśnia skroniowego, wykonujemy palpację przyśrodkowo zamiast bocznie. Jeśli nadal występują wątpliwości, mięsień skrzydłowy boczny jest bardziej bolesny niż ścięgno mięśnia skroniowego.

# BADAWCZE KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ZCURNŹ WERBALNE DYREKTYWY DLA PACJENTA

## WYWIAD LEKARSKI

„Czy kiedykolwiek w ciągu ostatniego miesiąca odczuwał(a) Pan/ Pani ból po prawej stronie twarzy, lewej lub po obu stronach?”

„Proszę wskazać koniuszkiem palca każdy z obszarów, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w przeciągu ostatniego miesiąca”.

„Czy są jakieś inne obszary, gdzie czuł(a) Pan/ Pani ból w ostatnim miesiącu?”

## ZAKRES RUCHU ODWODZENIA

„Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji z tylnymi zębami całkowicie złączonymi, ale nie zaciśniętymi”.

„Proszę otworzyć usta trzy razy z rzędu tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne”.

## PIONOWY ZASIĘG RUCHÓW

### **OTWIERANIE BEZ BÓLU**

[Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.]

JEŚLI NIE CZUJE PAN/PANI BÓLU PRZED ROZPOCZĘCIEM BADANIA:

„Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi bez uczucia bólu”.

JEŚLI JUŻ CZUJE PAN/PANI BÓL:

„Proszę otworzyć usta tak szeroko jak Pan/Pani potrafi bez zwiększania obecnie odczuwanego bólu”.

### **MAKSYMALNE CZYNNE OTWARCIE**

[Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.]

„Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne”.

„Czy przy otwarciu ust odczuwał Pan/Pani jakiś ból?”

JEŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ.\*\*\*

### **MAKSYMALNE BIERNE OTWARCIE**

[Proszę ułożyć usta w wygodnej pozycji.]

„Proszę otworzyć usta tak szeroko, jak Pan/ Pani potrafi, nawet jeśli jest to bolesne”.

„Położę palce pomiędzy Pana/ Pani zębami i spróbuję otworzyć Pana/ Pani usta szerzej. Proszę podnieść rękę, jeśli będzie Pan/ Pani chciał(a), żebym przestał(a)”.

„Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy próbowałem palcami otworzyć szerzej usta?”

JEŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ.\*\*\*

## POZIOMY ZAKRES RUCHÓW

### **PRAWY BOCZNY ZASIĘG RUCHÓW**

„Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę w prawo, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Potem proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji z zębami delikatnie oddalonymi od siebie, dopóki nie zrobię pomiarów”.

Proszę przesunąć żuchwę do normalnej pozycji.



„Czy czuł(a) Pan/ Pani ból, kiedy przesuwiał(a) Pan/ Pani żuchwę w prawo?”

JEŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ

### **LEWY BOCZNY ZASIĘG RUCHÓW**

„Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę w lewo, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji z zębami delikatnie oddalonymi od siebie, dopóki nie zrobię pomiarów”.

Proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji.

„Czy czuł(a) Pan/ Pani jakikolwiek ból przy przesunięciu żuchwy w lewą stronę?”

JEŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ

### **DOPRZEDNIE PRZESUNIĘCIE ŻUCHWY**

„Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę do przodu, tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne. Następnie proszę utrzymać żuchwę w tej pozycji, dopóki nie zrobię pomiarów”.

Proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji

„Czy czuł(a) Pan/ Pani jakikolwiek ból przy przesunięciu żuchwy do przodu?”

JEŚLI TAK, PROSZĘ UŻYĆ UZUPEŁNIAJĄCYCH PYTAŃ

### **ODLEGŁOŚĆ MIĘDZYSIECZNA**

„Proszę złączyć tylne zęby, ale nie zaciskać”.

„Proszę otworzyć delikatnie”.

„Proszę z powrotem złączyć tylne zęby, dopóki nie zrobię pomiarów”.

### **DZWIĘKI STAWÓW**

#### **OBECNOŚĆ TRZASKÓW: PIONOWY ZASIĘG RUCHÓW**

„Czy zwrócił(a) Pan/Pani uwagę na dźwięki w prawym, lewym lub obu stawach skroniowo-żuchwowych?”

JEŚLI TAK: „Jakie dźwięki wydają stawy i po której stronie słyszy Pan/ Pani te dźwięki?”

„W czasie, kiedy będę trzymać opuszki palców w okolicy Pana/ Pani stawów skroniowo-żuchwowych, proszę całkowicie złączyć tylne zęby. Następnie proszę powoli otwierać tak szeroko, jak to możliwe [nawet jeśli jest to bolesne], a potem proszę powoli zamykać do momentu całkowitego złączenia zębów”.

#### **OKREŚLENIE POŁOŻENIA TRZASKU I ELIMINACJA TRZASKU**

<Jeśli trzask występuje co najmniej w 2 z 3 cykli>

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, następnie powoli otwierać usta tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, do momentu kiedy poczuje Pan/Pani trzask z prawej strony [lub poproszę Pana/ Panią o zaprzestanie], a ja zrobię pomiary”.

PROSZĘ POWTÓRZYĆ/ZASTĄPIĆ DLA LEWEJ STRONY

„Następnie proszę kontynuować otwieranie tak szeroko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, a teraz proszę powoli zamykać, aż poczuje Pan/Pani trzask po prawej stronie [lub poproszę Pana/Panią o zaprzestanie], a ja zrobię pomiary”.

PROSZĘ POWTÓRZYĆ/ZASTĄPIĆ DLA LEWEJ STRONY

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby. Proszę delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne i z tej pozycji proszę otwierać i zamykać usta”.

#### **OBECNOŚĆ TRZASKU: POZIOMY ZASIĘG RUCHÓW**

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę w prawo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę

o złączenie zębów za każdym razem”.

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę w lewo tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem”.

„Proszę całkowicie złączyć tylne zęby, teraz delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu tak daleko, jak to możliwe, nawet jeśli jest to bolesne, proszę przesunąć żuchwę z powrotem do normalnej pozycji i proszę o złączenie zębów za każdym razem”.

„ Czy słyszał(a) lub czuł(a) Pan/Pani jakiegokolwiek dźwięki w którymś ze stawów przy przesunięciu w prawo[ lewo, do przodu]? Jakiego dźwięki słyszał(a) Pan/Pani i po której stronie?”

JESLI PACJENT NIE JEST PEWNY: „Proszę przesunąć żuchwę w stronę mojej ręki”.

### **PALPACYJNE BADANIE TKLIWOŚCI MIĘŚNI I STAWÓW**

„Teraz będę dotykać różnych części Pana/ Pani twarzy i głowy. Będę pytać, czy czuje Pan/Pani ból lub ucisk. Jeśli czuje Pan/Pani ból, proszę powiedzieć, czy jest to ból: łagodny, umiarkowany, silny. Proszę rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się, podczas gdy ja będę uciskać” .

„Ucisnę niektóre mięśnie. Proszę delikatnie zacisnąć zęby, a następnie rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się”.

„Proszę delikatnie otworzyć i przesunąć żuchwę do przodu, a następnie przesunąć ją z powrotem do normalnej pozycji tak, żeby zęby nie stykały się”.

„Teraz włożę palec do każdego z Pana/Pani uszu. Następnie proszę otworzyć usta do połowy, a potem zamknąć, całkowicie złączając zęby”.

„Teraz będę dotykać wnętrza Pana/ Pani jamy ustnej. Kiedy będę to robić, proszę rozluźnić żuchwę tak, żeby zęby nie stykały się”.

„Proszę otworzyć delikatnie i przesunąć żuchwę w kierunku mojej ręki”.

# Część 3

## Pomiar BKD

---

## OSÓ II: PROTOKÓŁ OCENY BÓLU CHRONICZNEGO

ID# \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### JAKIKOLWIEK BÓL ODCZUWANY W CIĄGU OSTATNIEGO MIESIĄCA? (Kwestionariusz, pyt. 3)

Jeśli "nie", Ocena Bólu Chronicznego (OBC)=0

Jeśli "tak", proszę kontynuować

**CHARAKTERYSTYKA INTENSYWNOŚCI BÓLU (CIB):** (OBC scala, pytania 7, 8 i 9) Proszę obliczyć jak poniżej:

CIB= \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ podzielone przez 3 = \_\_\_\_\_ × 10 =

(pytanie #7) (pytanie #8) (pytanie #9)

### **POMIAR UPOŚLEDZENIA:**

**Dni:** (OBC Scala, pytanie 10)

**Punktowanie upośledzenia:** (OBC Scala,

Ilość dni w trakcie których

pytania 11, 12 i 13)

występuje upośledzenie sprawności= \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

(pyt.#10)

(pyt.#11) (pyt.#12) (pyt.#13)

dzielone przez 3 = \_\_\_\_\_

× = \_\_\_\_\_

**0-6 dni= 0 punktów**

**0-29 wynik = 0 punktów**

**7-14 dni= 1 punktów**

**30-49 wynik = 1 punktów**

**15-30 dni= 2 punktów**

**50-69 wynik = 2 punktów**

**31+ dni= 3 punktów**

**70+ wynik = 3 punktów**

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ =  (**POMIAR UPOŚLEDZENIA**)  
(punktowanie dni) (punktowanie upośledzenia)

### **KLASYFIKACJA STOPNI BÓLU CHRONICZNEGO**

#### **Stopień 0**

brak bólu ZSŻ w poprzednich 6 miesiącach

Niskie upośledzenie

**Stopień I** *niska intensywność*

CIP < 50, i mniej niż 3 pomiar upośledzenia

**Stopień II** *wysoka intensywność*

CIP ≥ 50, i mniej niż 3 pomiar upośledzenia

Wysokie upośledzenie

**Stopień III** *umiarkowany*

3 i 4 Pomiar Upośledzenia, niezależnie od CIP

**Stopień IV** *ciężki*

5 i 6 Pomiar Upośledzenia, niezależnie od CIP

## OŚ II : POMIAR SCAL

1. Policz pozycje, na które została udzielona odpowiedź. Proszę wpisać „ Sumę pozycji” poniżej w trzeciej kolumnie. Jeśli liczba „ Suma pozycji” jest mniejsza niż minimalna liczba uwzględniona w pierwszej kolumnie, skala nie może być określona i należy wpisać „ brakujący”.
2. Dodaj punkty z poszczególnych pozycji: w ogóle= 0; trochę= 1; umiarkowanie= 2; dość mocno= 3; wyjątkowo mocno=4. Proszę wpisać „ Wynik całkowity” poniżej.
3. Podziel „ Wynik całkowity” przez „ Sumę pozycji”. Proszę wpisać „Wynik scali” poniżej.
4. Proszę użyć poniższego schematu aby zaklasyfikować pacjenta do poszczególnej scali.

Wynik Scali	Minimalna Liczba	Wynik Całkowity (dzielone przez)	Suma pozycji (równa się)
<b>Depresja:</b>	(20)	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	÷ <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> = <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>

Pozycje: b, e, h, i, k, l, m, n, v,  
y, cc, dd, ee, f, g, q, z, aa, bb, ff

**Niespecyficzne  
fizyczne objawy  
(pozycje związane  
z bólem  
uwzględnione):**

(12)	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	÷	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
------	---	---	---	---

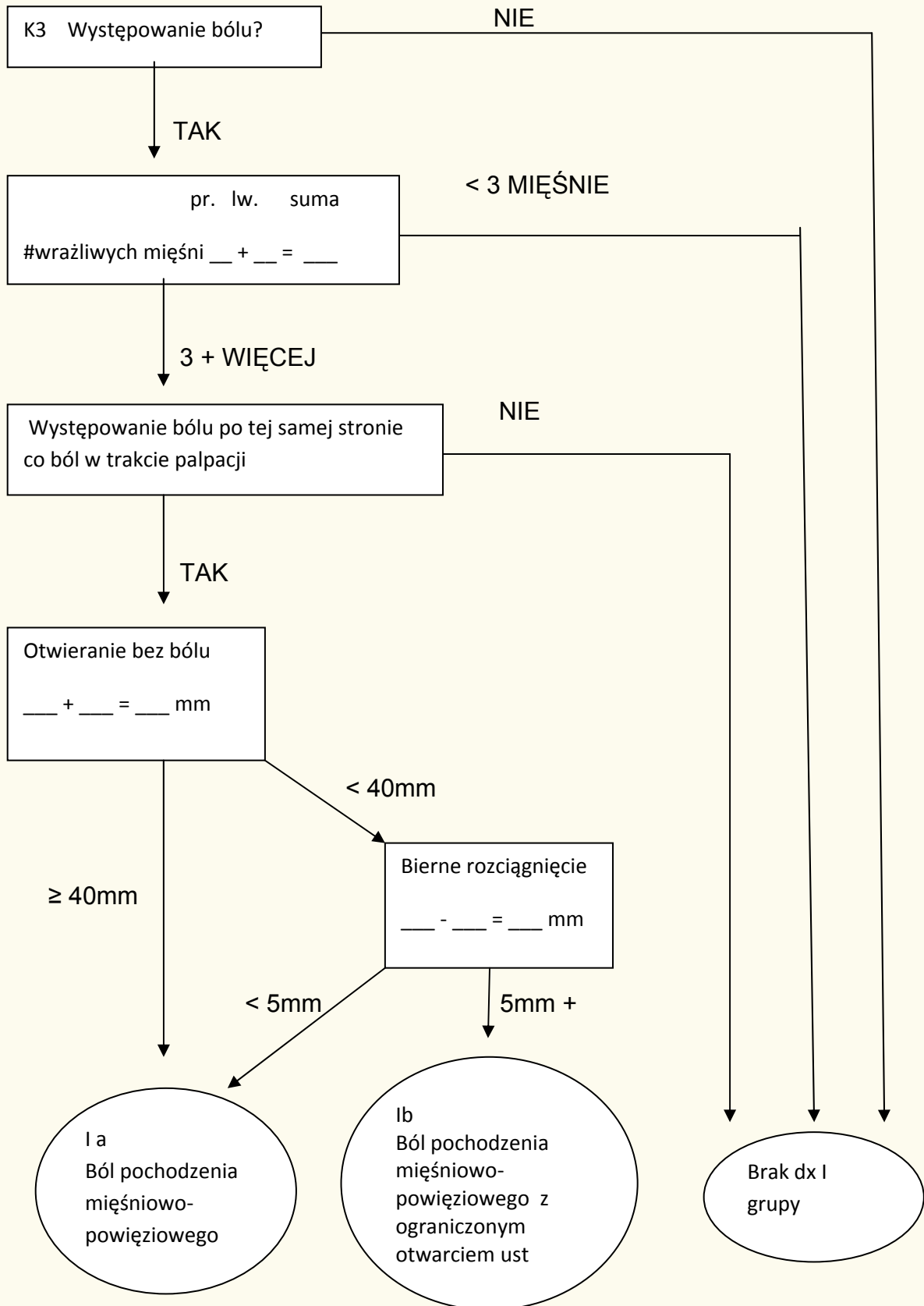
Pozycje: a, c, d, j, o, p, r, s,  
t, u, w, x

**Niespecyficzne  
fizyczne objawy  
(pozycje związane  
z bólem  
nieuwzględnione):**

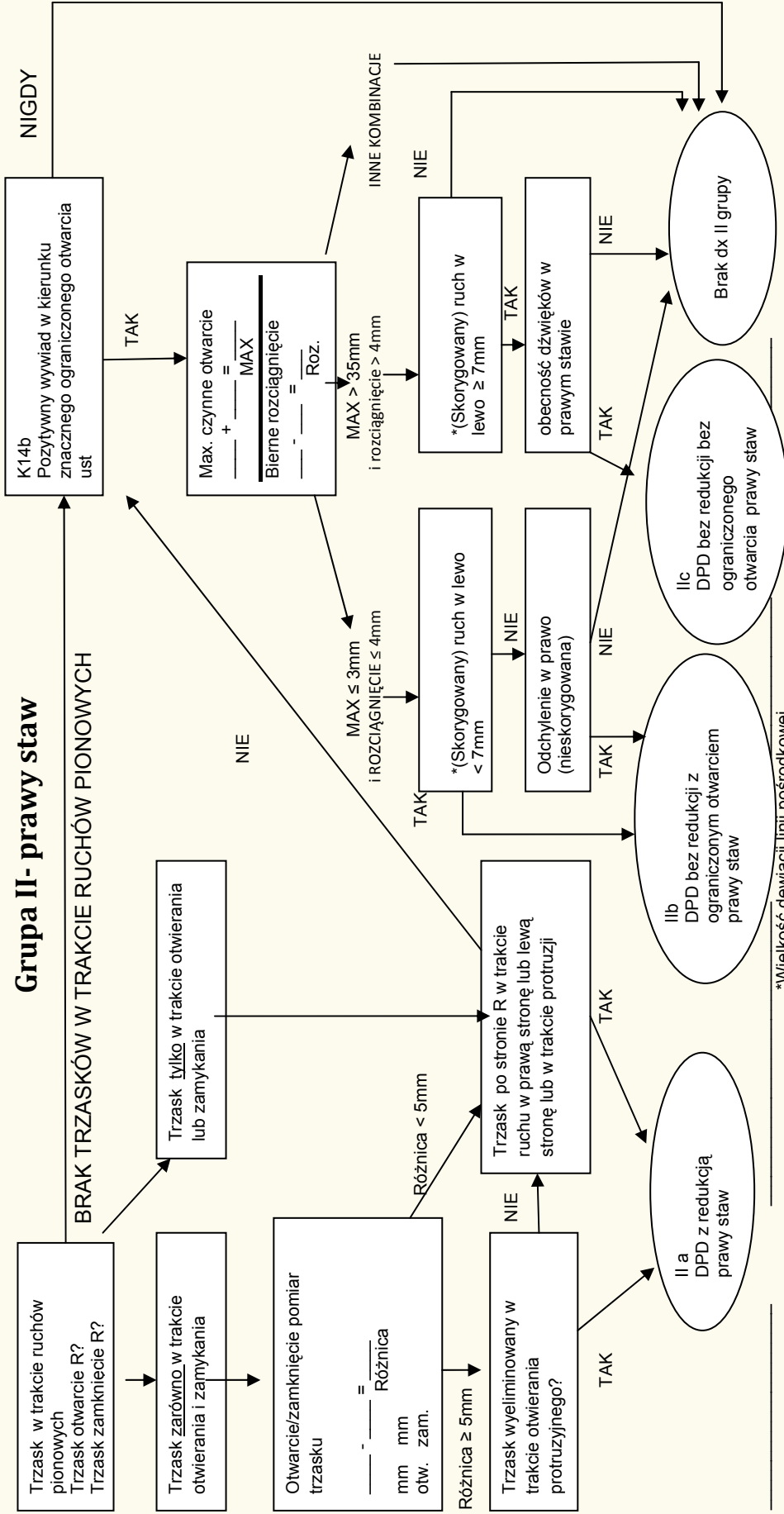
(7)	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	÷	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
-----	---	---	---	---

Pozycje: c, r, s, t, u, w, x

## Grupa I



# Grupa II- prawy staw



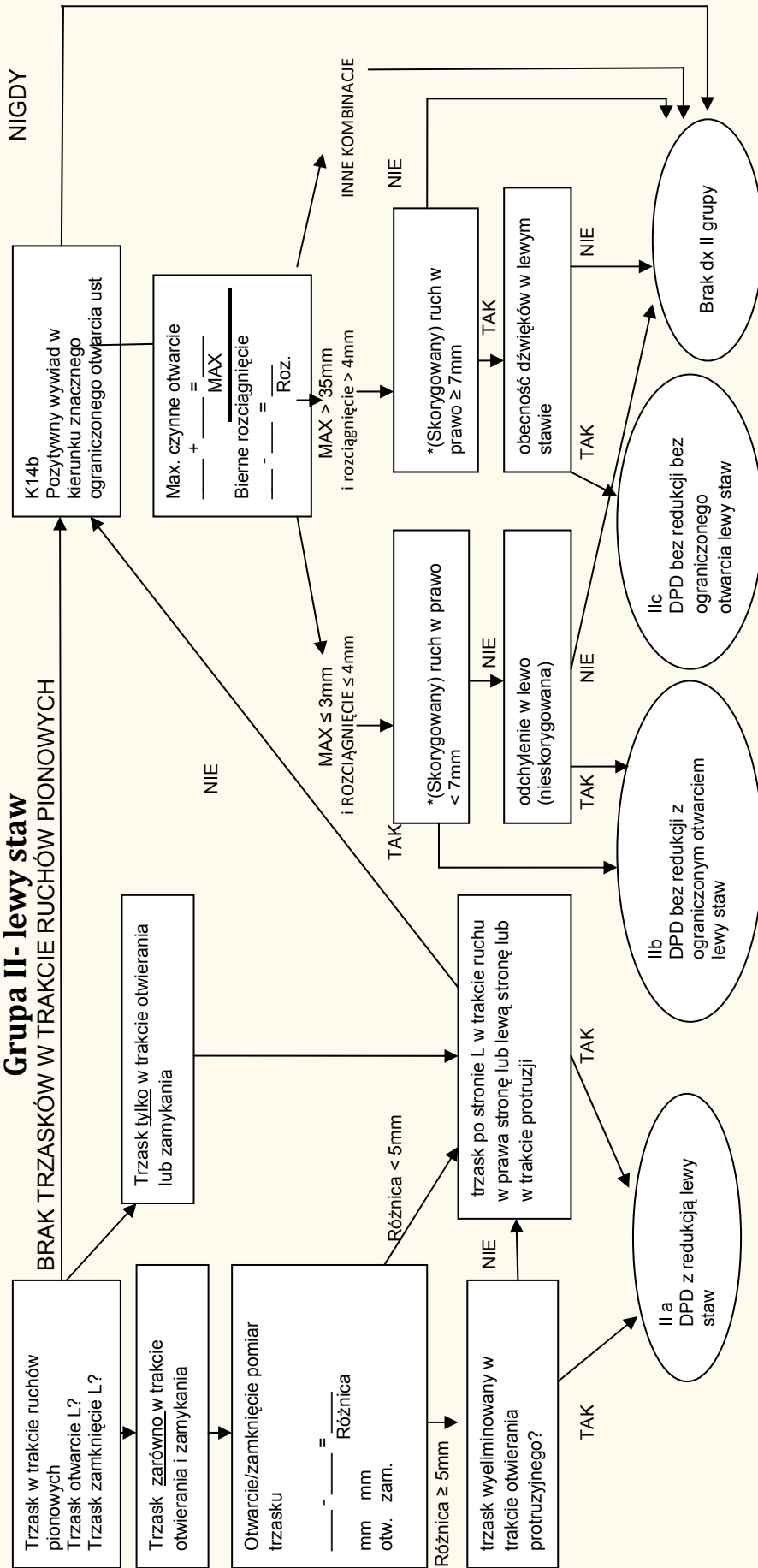
Jeśli linia środkowa = „00” kontynuuj uzupełnianie powyższego algorytmu  
 Jeśli linia środkowa = „01” lub więcej

Jeśli odchylenie jest w LEWO  
 Ruch w lewo =

$$\frac{\text{---}}{\text{---}} + \frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{skorygowany ruch w lewo}$$

$$\frac{\text{---}}{\text{---}} - \frac{\text{---}}{\text{---}} = \text{skorygowany ruch w lewo}$$

## Grupa II- lewy staw



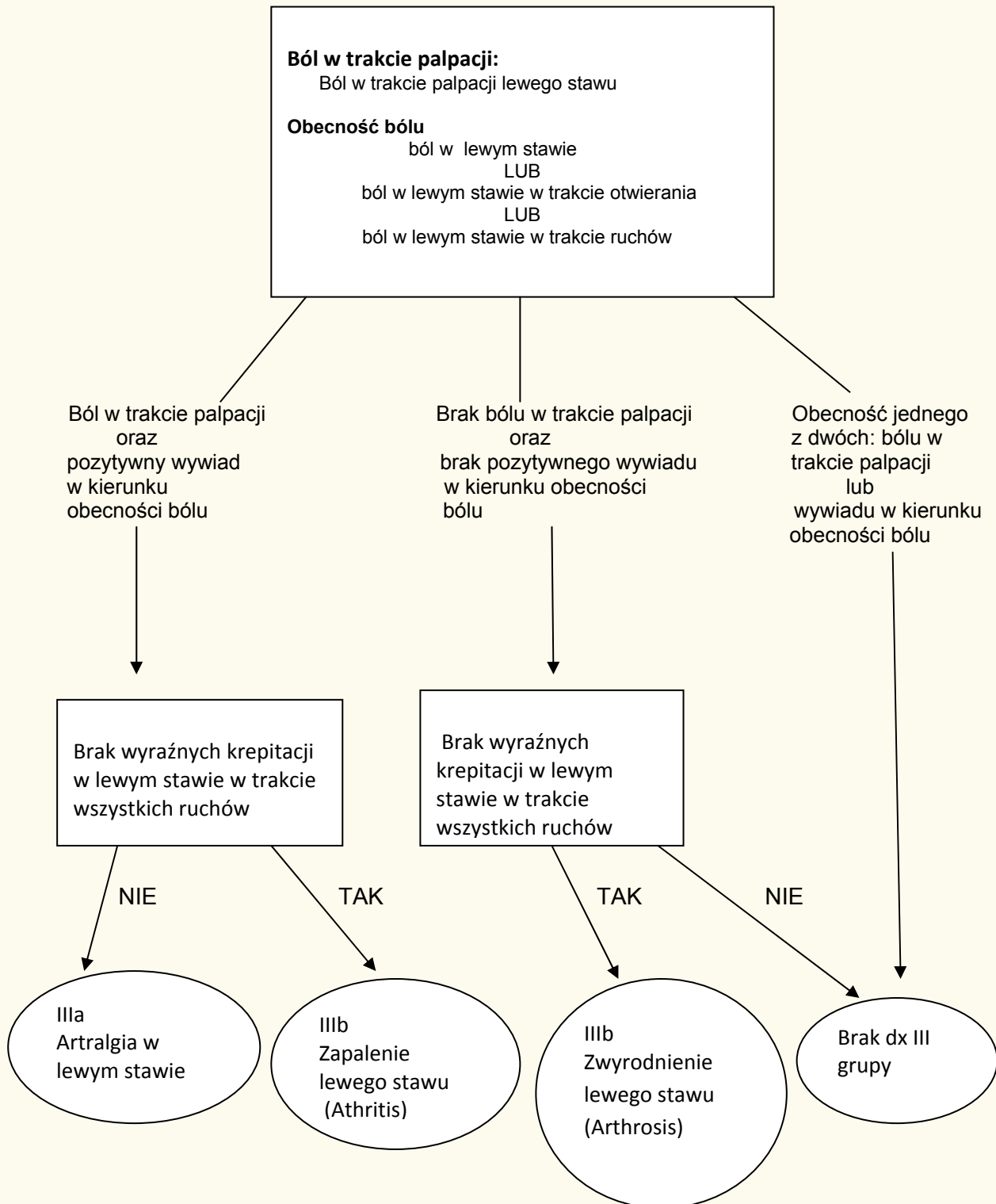
\*Wielkość dewiacji linii pośrodkowej \_\_\_

Jeśli linia pośrodkowa= „00” kontynuuj uzupełnianie powyższego algorytmu  
Jeśli odchylenie jest w PRAWO  
Ruch w prawo=

pr. boczny ruch - odch.linii śr. = **skorygowany**  
Ruch w prawo= + = **skorygowany**  
pr. boczny ruch - odch.linii śr. = **ruch w prawo**



## Grupa III - Lewy Staw



## Grupa III – Prawy Staw

